



क्षेत्रीय कार्यालय REGIONAL OFFICE मंडल कार्यालय DIVISIONAL OFFICE शाखा कार्यालय BRANCH OFFICE औषधालय DISPENSARY एसिक-54
 कर्मचारी ग्राह्य बीमा निगम /EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
 शाखा कार्यालय/औषधालय बदलने संबंधी बीमाकृत व्यक्ति को सूचना
 INTIMATION CHANGE OF BRANCH OFFICE / DISPENSARY TO THE I. P.

ESIC - 54

सेवा में / To.....

बीमा संख्या / Insurance No.....

नियोजक का कोड नम्बर / Employer's Code No.....

प्रिय महोदय,

आवटन और या रिकार्ड में परिवर्तन के संबंध में आपका पत्र दिन.....मिला । आपको सूचित किया जाता है कि आपके आवटन और/या रिकार्ड में निम्नलिखित कर दिया गया हैं :-

Dear Sir,

With reference to your application dated.....for change in allotment and/or the records, I have to inform you that your records have been changed as under :-

(1) शाखा कार्यालय से.....शाखा कार्यालय तक.....
 From Branch Office.....to Branch Office.....

(2)डिस्पन्सारी से.....डिस्पन्सारी से
 From Dispensary.....to Dispensary.....

(3)से.....तक
 Fromtoभवदीय, Yours faithfully,

अन्य कोई परिवर्तन * Any other change.

दिनांक/Date.....

क्षेत्रीय निदेशक केलिए / संयुक्त निदेशक / शाखा प्रबन्धक / औषधालय अधिकारी

For REGIONAL DIRECTOR / JOINT DIRECTOR/BRANCH MANAGER / MEDICAL OFFICER

P.T.O.

प्राप्तिलिपि प्रेषित :- Copy forwarded to.

(1) शाखा प्रबन्धक.....शाखा कार्यालय (नया) सूचनाथ
 Branch Manager.....Branch Office (New) for information

(2) शाखा प्रबन्धक.....शाखा कार्यालय (पुराना) इस निवेदन के साथ कि वे बीमाकृत व्यक्ति के दस्तावेज शीघ्र ही नये शाखा कार्यालय को भेज दें ।
 Manager.....Branch Office (Old) with the request that the documents of the insured person may be transferred immediately to the new Branch Office.

(3) प्रभारी बीमा चिकित्सा अधिकारी.....राज्य बीमा औषधालय (नया) को सूचनार्थ ।
 I.M.O. In-charge.....State Insurance Dispensary (New) for information.

(4) प्रभारी बीमा चिकित्सा अधिकारी.....राज्य बीमा औषधालय (पुराना) को इस अनुरोध के साथ कि वे बीमाकृत व्यक्ति के रिकार्ड शीघ्रही उसके नये औषधालय को भेजा दें ।
 I.M.O. In-charge.....State Insurance Dispensary (Old) with the request that the record of the insured person may be transferred immediately to his new dispensary.

(5) उप/ संयुक्त निदेशक, स्वास्थ्य सेवाएं, क.रा. बी. योजना.....को सूचनार्थ ।
 Dy/J.D.H.S. /E.S.I.S.....for information.

(6) मैसर्स.....कोड सं.....दिनांक.....को उनके पत्र संख्या.....के सदर्भ में, इस अनुरोध के साथ कि यदि अवश्यकता हो तो उनके रिकार्ड तदनुसार परिवर्तन कर दिए जाए ।
 M/s.....Code No.....with reference to their letter No.....dated.....with the request that if necessary their records may be changed accordingly.

(7) क्षेत्रीय कार्यालय/मंडल कार्यालय.....को आवश्यक कार्रवाई केलिए ।
 Regional Office/Divisional Office.....for necessary action.

कृते क्षेत्रीय निदेशक/संयुक्त निदेशक / शाखा प्रबन्धक / प्रभारी चिकित्सा अधिकारी

For REGIONAL DIRECTOR / JOINT DIRECTOR / BRANCH MANAGER / MEDICAL OFFICER